



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

---

---



**FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUMERO 21**

**DEPENDENCIA PSICOLÓGICA A LAS BENZODIACEPINAS EN  
PACIENTES DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 21**

**T E S I S**

**Que para obtener el título de:**

**ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

**Presenta:**

**DOCTORA ALMA JUAREZ GONZALEZ**

**RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR**

**ASESOR:**

**DOCTORA ALICIA GARCIA GONZALEZ  
MEDICO FAMILIAR**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## **DEDICATORIAS Y AGRADECIMIENTOS:**

A mis padres:

Alicia González Badillo y Facundo Juárez Ortiz

Por el apoyo que me han brindado en todas las decisiones tomadas a lo largo de mi vida, además de respaldarme en los momentos difíciles de mi carrera y sobre todo por estar a mi lado de manera incondicional.

A mi hermana Leticia:

Por la confianza y cariño.

A todos mis compañeros

Por lo momentos compartidos, por su compañía y por todo lo que aprendí de ellos tanto académico como personal.

A la Dra. Alicia García González:

Por el conocimiento aportado para la realización de la presente tesis, por su apoyo, tiempo, consejos y dedicación.

A mis profesores y coordinadores de la Unidad de Medicina Familiar número 21, en especial a la Dra. Ana María Meza Fernández ya que siempre mostró interés y me brindó el apoyo en las situaciones difíciles; y compartió alegría en los logros obtenidos tanto personales como grupales, durante mi estancia en esta unidad.

## **AUTORIZACIÓN**

---

**Dr. José Antonio Mata Martínez**  
**Director de la UMF 21**

---

**Dr. Cesar Guadalupe Williams Zárate**  
**Coordinador clínico de educación e investigación en salud, UMF 21**

---

**Dr. Jorge Meneses Garduño**  
**Profesor titular de la Residencia de Medicina Familiar, UMF 21**

---

**Dr. Ana María Meza Fernández**  
**Profesora Adjunta de la residencia de Medicina Familiar, UMF 21**

### **ASESOR DE TESIS:**

---

**Asesor de Tesis:**  
**Dra. Alicia García González**  
**Profesor titular de la Residencia de Medicina Familiar Semipresencial,**  
**UMF 21**

## ÍNDICE

Dedicatorias	1
Autorización	2
Índice	3
Resumen	4
Marco teórico	5
Planteamiento del problema	16
Pregunta de investigación	18
Objetivos	19
Objetivo general	19
Objetivos específicos	19
Material y métodos	20
Diseño metodológico	20
Población	20
Selección de la muestra	20
Criterios de selección	21
Definición de variables	22
Ámbito geográfico	23
Periodo de estudio	23
Recursos	23
Aspectos éticos	24
Descripción de la metodología	25
Plan de análisis estadístico	26
Resultados	27
Frecuencia de consumo por sexo	27
Frecuencia de consumo por nivel de escolaridad	28
Frecuencia de consumo por ocupación	29
¿Le recetaron el medicamento por alguna enfermedad?	30
Frecuencia de consumo por padecimiento	31
Especialidad del médico que prescribe el medicamento	32
Frecuencia por especialidad de segundo nivel	34
Frecuencia por medicamento consumido	35
Frecuencia por grado de dependencia	36
Comparación del grado de dependencia por medicamento	37
Comparación del grado de dependencia por sexo	38
Comparación del grado de dependencia por padecimiento	39
Comparativo de dependencia por escolaridad	40
Comparativo del grado de dependencia por rango de edad	41
Discusión	42
Conclusión	46
Sugerencias	47
Difusión	48
Anexos	49
Bibliografía	54

## RESUMEN

### **Dependencia psicológica a las benzodiazepinas en pacientes de la Unidad de Medicina Familiar número 21**

Se trata de fármacos depresores del Sistema Nervioso Central que ejercen sus efectos fisiológicos mediante su unión a una subunidad del receptor GABA, el cual es el neurotransmisor inhibitor mayor del Sistema Nervioso Central. Las benzodiazepinas se dividen en compuestos de vida media larga (entre 20 y 100 horas), intermedia-corta (entre 10 y 30 horas) y ultracorta (inferior a 2 horas). Sus usos terapéuticos son: sedación, hipnosis, disminución de ansiedad, relajación muscular, amnesia retrograda y actividad anticonvulsiva. Debido a los efectos antes mencionados, las benzodiazepinas constituyen uno de los grupos farmacológicos más prescritos en la práctica médica, siendo elevada la prevalencia de su ingesta. Se estima que al año entre 10 y 20 % de la población adulta occidental consume estos medicamentos y de estos 1-3% lo hacen crónicamente. Sin embargo, aunque son fármacos seguros cuando se hace una adecuada indicación de su empleo, no están exentos de riesgo. Se ha demostrado que las benzodiazepinas pueden dar lugar a problemas de abuso y dependencia, desarrollándola entre 5 – 35% de estos últimos. Por eso es importante tomar en cuenta que no se encuentran indicadas en pacientes con riesgo especial a las dependencias. Ya que su tratamiento y desintoxicación puede ser largo y complejo.

**Objetivo general:** Identificar el grado de dependencia psicológica a benzodiazepinas en pacientes con ingesta de estos medicamentos por más de 6 meses.

#### **Pregunta de investigación:**

¿Cuál es la frecuencia de pacientes con consumo de benzodiazepinas que han desarrollado dependencia psicológica?

#### **Metodología:**

Se realizó el diseño del protocolo de estudio, obteniendo bibliografía útil para formar el marco teórico base del estudio. Además se consultaron libros de farmacología y psiquiatría para complementar la búsqueda. Posteriormente se obtuvo de la farmacia de la Unidad de Medicina Familiar número 21 la cantidad de pacientes a los cuales se les expidió receta por alguna de las benzodiazepinas existentes en la unidad, durante los últimos 6 meses para así conocer la población del estudio. Y se consultó la pirámide poblacional para obtener el porcentaje total de población susceptible y poder así consultar el tamaño de la muestra. Posteriormente se procedió a captarlos en la consulta de medicina familiar al azar para aplicación del instrumento de evaluación de dependencia hasta recolectar la muestra mínima necesaria.

#### **Resultados y conclusiones:**

El estudio arrojó como resultado que, de la población estudiada, el 14.61% presentó algún grado de dependencia, distribuido de la siguiente manera: poco dependiente 11.24% y totalmente dependiente 3.37%. Además existe mayor consumo de clonazepam que diazepam y de estos el que mayor dependencia provoca es clonazepam en ambos grados estudiados, la dependencia predomina en el sexo masculino. Los grupos de edad que con mayor frecuencia desarrollaron dependencia son los adultos por arriba de 71 años. El padecimiento que con mayor frecuencia coexistió con dependencia total fue el síndrome bipolar y posteriormente insomnio y ansiedad.

## MARCO TEORICO

El termino benzodiazepina se refiere a la parte de la estructura compuesta por un anillo benceno fusionado con un anillo de diazepina de 7 miembros. Diversas modificaciones en la estructura de los sistemas de anillos han producido compuestos con actividades similares (1).

En cuanto a los aspectos farmacológicos tenemos que las benzodiazepinas ejercen sus efectos fisiológicos mediante su unión a una subunidad del receptor GABA. Este receptor consta de un canal iónico y varias subunidades que se fijan a diferentes sustancias: una subunidad se fija al alcohol, otra a las benzodiazepinas y otra a los barbitúricos. La subunidad que se fija a las benzodiazepinas se ha denominado: receptor benzodiazepínico. Las benzodiazepinas que aumentan el efecto del GABA se denominan agonistas. El GABA es el neurotransmisor inhibitor mayor del SNC, y las sinapsis GABA, distribuidas a través del cerebro y la medula espinal, constituyen alrededor del 40% de todas las sinapsis. La función fisiológica de las sinapsis gabérgicas es modular la polarización de las neuronas. El receptor GABA lo consigue mediante la apertura o el cierre de los canales de cloro. La apertura de estos canales permite mayor entrada de iones cloro al interior de la célula, los cuales se encuentran cargados negativamente aumentando el gradiente eléctrico a través de la membrana celular y convirtiendo a la neurona en menos excitable. El cierre de los canales disminuye la polarización eléctrica y convierte a la célula en más excitable. La unión de un agonista al receptor benzodiazepínico facilita el efecto del GABA1 (Abre el canal de cloro). Teniendo como efectos clínicos la reducción de la ansiedad, la sedación y el aumento del umbral anticonvulsivante. Se denominan agonistas inversos a las sustancias que se unen al receptor y cierran el canal del cloro produciendo un efecto opuesto al de los agonistas benzodiazepínicos, como las betacarbolinas, sus efectos son: ansiogénicos y disminuyen el umbral anticonvulsivante. Algunos componentes se unen al receptor benzodiazepínico pero no aumentan ni disminuyen el efecto del GABA. En ausencia de agonistas benzodiazepínicos o agonistas inversos, son ligandos neutros (se unen al receptor y bloquean los efectos tanto de los agonistas como de los agonistas inversos). En consecuencia, los

agonistas neutros se suelen denominar antagonistas. Si el receptor es ocupado a continuación por un agonista o un agonista inverso, el agonista neutro desplazará al agonista o agonista inverso. El desplazamiento del agonista benzodiacepínico tiene utilidad clínica. Por ejemplo, el antagonista benzodiacepínico flumazenil revierte la sedación producida por la sobre dosis de benzodiacepinas (2).

Estos fármacos se absorben rápidamente por vía oral, alcanzando picos plasmáticos en un periodo de 30 a 240 minutos. Sin embargo por vía intravenosa su absorción es más lenta e irregular, a excepción de lorazepam y midazolam que pueden administrarse por esta vía (3).

Su unión a las proteínas alcanza el 95%, pero además son moléculas muy lipofílicas y en consecuencia penetran fácilmente en el tejido nervioso. Esta gran liposolubilidad explicaría el incremento de su acción que con frecuencia se observa en personas obesas o en ancianos, cuya proporción de tejido graso es mayor. La biotransformación metabólica de las BZD de vida larga es compleja y tiene lugar básicamente en el hígado. La mayor parte de ellas sufren desmetilación (Fase I) dando lugar a un metabolito activo denominado desmetildiacepam, que es lentamente metabolizado ( $t_{1/2}$  72 horas o más) y cuyas concentraciones séricas son a veces muy superiores a las de la molécula original. El desmetildiacepam es posteriormente oxidado (Fase II) dando lugar al oxacepam, que se conjuga con ácido glucurónico para ser excretado en forma de metabolitos inactivos a través de la orina. Algunos fármacos como temazepam o lorazepam no experimentan el primer proceso de desmetilación transformándose directamente en oxazepam, por lo que sus vidas medias son inferiores a las 24 horas. El mecanismo de metabolización tiene importancia a la hora de prescribir BZD a determinados grupos de pacientes. Las BZD que son metabolizadas exclusivamente por la fase II son mejor toleradas por los pacientes con afectación de la función hepática (ancianos, alcohólicos) y por los fumadores (3).

En función de la longitud de su vida media, las benzodiacepinas se dividen en compuestos de vida media larga (entre 20 y 100 horas), intermedia-



corta (entre 10 y 30 horas) y ultracorta (inferior a 2 horas). Los compuestos de vida media larga incluyen diazepam, clordiazepóxido, clorazepato, bromazepam y flurazepam. El grupo de vida media intermedia-corta, comprende flunitrazepam, clonazepam, lorazepam, oxazepam y alprazolam. El grupo de acción ultracorta está integrado por triazolam y midazolam. La duración de la acción de muchas BZD depende más de la vida media de sus metabolitos activos que de la propia de la molécula original. Por ejemplo en el caso de flurazepam, su vida media es de sólo 2 a 3 horas, pero la de su principal metabolito (el desalquilflurazepam) supera las 50, por lo que este fármaco puede plantear problemas de somnolencia diurna. Con diazepam y su metabolito desmetildiazepam ocurre algo similar. Los efectos sedativos de diazepam persisten hasta dos semanas después de la interrupción de la administración durante dos semanas de 3 mg tres veces al día(3).

La excreción es básicamente renal y una pequeña porción se excreta por bilis (3).

Su actividad ansiolítica estará en función de su actividad gabaérgica a nivel del sistema reticular ascendente, disminuyendo así la excitación cortical y límbica después de estimular la formación reticular del tallo cerebral. Su efecto anticonvulsivo se explicará por la potenciación de la inhibición presináptica, suprimiendo así la actividad de los focos epilépticos a nivel límbico, cortical o talámico.

La relajación muscular parece estar producida por la inhibición de la vías espinales, aferentes polisinápticas, aunque también quizá las monosinápticas. También producen efectos cardiorrespiratorios leves, deprimiendo ambas funciones ligeramente (4).

Son fármacos que aparecieron en la década de los 60's y que se caracterizan por sus efectos ansiolíticos (a dosis bajas) y sedantes e hipnóticos a altas dosis. En relación a sus usos terapéuticos son fármacos hipnóticos-sedantes que junto con los barbitúricos se encuentran en el grupo de depresores del Sistema Nervioso Central, siendo este el principal sitio de acción para producir sus efectos como: sedación, hipnosis, disminución de

ansiedad, relajación muscular, amnesia retrógrada y actividad anticonvulsiva (5).

En general se observa un mayor consumo en mujeres, en personas de 50 a 65 años y una utilización de benzodiazepinas hipnóticas más elevada que la de las ansiolíticas (2).

El insomnio aparece como el motivo principal del consumo, seguido de trastornos de ansiedad y depresión. Síntomas de abstinencia aparecen en el cuarto lugar de motivación para el consumo de benzodiazepinas (6).

Es importante tomar en cuenta que las benzodiazepinas no se encuentran indicadas en pacientes con riesgo especial a las dependencias.

Además de tener contraindicación absoluta en pacientes portadores de miastenia gravis e insuficiencia respiratoria con tendencia a la hipercapnia. Y se recomienda evitarse durante el primer y último trimestre del embarazo así como en la lactancia, siempre valorando el riesgo beneficio de su uso.

Deben utilizarse con precaución en pacientes con alteraciones cognoscitivas previas como en las demencias, por el riesgo de aumentar la confusión (7).

Dentro de los efectos secundarios más frecuentes de las benzodiazepinas se encuentran los siguientes:

- Somnolencia: Efecto secundario más frecuente. Los pacientes ancianos son especialmente susceptibles a esto.
- Amnesia anterógrada: especialmente tras la administración intravenosa de benzodiazepinas de alta potencia y vida media corta, como puede ocurrir en la inducción anestésica.
- Reacción paradójica: Tras la administración de benzodiazepinas se observa una desinhibición conductual que puede conducir a la agitación psicomotriz y a la auto o heteroagresividad.
- Riesgo potencial de desarrollar dependencia: Siendo algunos factores para ello la historia de abuso o dependencia de tóxicos. Tratamiento prolongado y mayor dosis. Además, el riesgo aumenta con aquellas

benzodiazepinas de alta potencia que se absorben rápidamente y tienen una vida media corta (7).

La dependencia se describe como aquella situación en la que un sujeto necesita recurrir a la sustancia con regularidad para superar aquellos obstáculos que se le imponen en la vida diaria (8).

Existen dos tipos de dependencia que son los siguientes:

Física: Es un estado de adaptación que se manifiesta en intensos trastornos físicos cuando se suspende la administración del medicamento, a lo cual se denomina síndrome de abstinencia.

A su vez el síndrome de abstinencia se define como:

Malestares físicos que se presentan por la supresión de la droga y que están integrados por una serie de síntomas y signos, de naturaleza física y psíquica que varían según la droga (8).

Y psicológica cuando la necesidad de la droga produce una sensación de satisfacción y un impulso psíquico que exige la administración periódica y continua de esa droga , con el fin de obtener placer o evitar un malestar (8).

En la literatura mundial se reporta que debido a los usos terapéuticos antes mencionados, las benzodiazepinas constituyen uno de los grupos farmacológicos más prescritos en la práctica médica, siendo elevada la prevalencia de su ingesta. Se estima que al año entre 10 y 20 % de la población adulta occidental consume estos medicamentos y de estos 1-3% lo hacen crónicamente. Sin embargo, aunque son fármacos seguros cuando se hace una adecuada indicación de su empleo, no están exentos de riesgo. Se ha demostrado que las benzodiazepinas pueden dar lugar a problemas de abuso y dependencia, desarrollándola entre 5 – 35% de los pacientes con un consumo crónico últimos (2).

La dependencia está causada por alteraciones en su receptor tras su empleo prolongado. La sensibilidad de su receptor cambia y pasa de una posición "agonista" a una posición "agonista inverso". Lo cual sensibiliza al receptor y la

interrupción brusca de la administración del fármaco produce síntomas de un "agonista inverso" benzodiazepínico, con acción contraria a la inicial (9).

Los factores de riesgo para desarrollar este padecimiento son los siguientes:

-Dosis diaria y duración del tratamiento: Con la utilización de dosis elevadas se han observado cuadros de abstinencia graves, tal es el caso de tratamiento de trastorno de pánico o consumo sin indicación médica y obtención ilegal del medicamento.

-Actualmente también es aceptado que aparezca dependencia a dosis terapéuticas tras la administración por periodos prolongados (de 4 a 6 semanas o más). Este es el tipo mas frecuente en la clínica y suele dar manifestaciones de menor gravedad que el anterior (9).

-Por lo tanto existen indicaciones precisas para su prescripción así como dosis y periodo máximo de tratamiento, establecido según la el tiempo de vida media de la benzodiazepina utilizada. Este no debe superar las 4 semanas si se trata de benzodiazepinas de vida media ultracorta; no mayor a 3 meses si su vida media es corta o intermedia y como máximo 6 meses si pertenece al grupo de vida media larga (6). Tabla 2.

-Vida media de la sustancia: La dependencia puede desarrollarse más rápidamente si se trata de sedantes de vida media corta y con las de alta potencia independientemente de su vida media. La vida media larga se asocia a una menor probabilidad de presentar dependencia (9).

-Personalidad del paciente

- Rasgos de la personalidad (baja tolerancia al dolor, a la frustración, con pobre capacidad de autocontrol, etc.).
- Estado psicopatológico (ansiedad, somatización, depresión, etc.).
- Hipersensibilidad de su sistema nervioso autónomo.
- Nivel educativo (9).

Anteriormente se mencionó ya la definición de dependencia y su clasificación, por lo que ahora nos enfocaremos a las manifestaciones clínicas relacionadas específicamente con el fármaco estudiado.

En cuanto a la dependencia física a benzodiazepinas, esta va a aparecer cuando el sujeto desarrolle la necesidad inevitable de administrarse el fármaco para mantener un funcionamiento orgánico general, dentro de límites más o menos normales (10).

Apareciendo manifestaciones de síndrome de abstinencia con la supresión brusca del medicamento. Este se caracteriza por una serie de efectos contrarios a los primarios. Entre ellos excitabilidad del sistema nervioso central e incluso efectos periféricos como inquietud, irritabilidad, temblores, es decir, síntomas de rebote. Posterior al consumo de dosis moderadas se observa, tras la suspensión: ansiedad, agitación, aumento de la sensibilidad a la luz y a los ruidos, parestesias, calambres musculares, crisis mioclónicas, disturbios del sueño y vértigo. Después de altas dosis las manifestaciones serán: convulsiones tónico clónicas, alucinaciones, ideas delirantes paranoides y excitación psicomotriz (10).

En terapéutica disponemos de más de 40 benzodiazepinas diferentes. De las 15 de mayor utilización (alprazolam, bromazepam, clordiazepóxido, clobazam, clonazepam, diazepam, flunitrazepam, flurazepam, lorazepam, lormetazepam, midazolam, nitrazepam, oxazepam, temazepam, triazolam), se han descrito efectos tras la retirada de su uso crónico en todas ellas, excepto con el midazolam que suele usarse sólo de forma aguda o subaguda (2).

Uno de los estándares más importantes actualmente como referencia para el diagnóstico de la adicción es el Manual de Enfermedades y Estadísticas de la Asociación Americana de Psiquiatría. Conocido por sus siglas en inglés DSM-IV en su cuarta versión. El cual incluye criterios para el diagnóstico de dependencia y para síndrome de abstinencia de diversas sustancias, entre ellas los fármacos hipnóticos y sedantes. Dentro de los cuales se clasifican las benzodiazepinas.

En la actual edición del DSM-IV se establecen siete (7) criterios para el diagnóstico de la dependencia los cuales se enlistan en la tabla 3 (11).

También se cuenta con cuestionarios ya validados para la detección de esta alteración, en específico si se trata de diagnóstico de dependencia psicológica, como es el caso del SDS (Severity of Dependence Scale) de sus siglas en inglés. Se trata de una escala de severidad de dependencia (SDS), elaborada para ser auto administrada por el sujeto de una manera fácil y mide el grado de dependencia que experimentan los usuarios de los diferentes tipos de drogas. La escala contiene cinco temas caracterizados por relacionarse explícitamente con los componentes psicológicos de la dependencia como problemas de control sobre el uso de drogas y con preocupación y ansiedad acerca de su consumo (12).

Otro instrumento con el que se cuenta para la evaluación de este trastorno es el Cuestionario de Adicción a Benzodiazepinas abreviado como BDEPQ por las siglas en inglés de Benzodiazepine Dependence Questionnaire elaborado y validado por Andrew Baillie en 1996 para el Centro Nacional de investigación en drogas y alcohol de la Universidad de South Wales. Sin embargo se trata de una evaluación de 30 preguntas que puede resultar difícil de responder por el paciente (13).

Realizar el diagnóstico en primer nivel es importante ya que la comorbilidad de dependencia con otro padecimiento es muy frecuente, observándose con mayor frecuencia en los trastornos psiquiátricos (14).

Los trastornos del ánimo como distimia, doble depresión (sobreimposición de una depresión mayor a una distimia) y trastorno bipolar exponen a un alto riesgo de uso de anfetaminas, cocaína, alcohol y benzodiazepinas (14).

Los trastornos de ansiedad que coexisten con dependencia ocupan el segundo lugar luego de los trastornos del ánimo, siendo muy difícil su separación inicial.

Además de que las benzodiazepinas son frecuentemente utilizadas por pacientes depresivos, con trastornos de la conducta alimentaria y bipolares (14).

Las benzodiazepinas se prescriben el doble en el sexo femenino; por edad, se alcanza un pico máximo de consumo entre 50 y 65 años como ansiolítico y como hipnótico por encima de los 65 años (15).

Los resultados obtenidos de estudios previos se muestra que el grupo etáreo de 60 años y más, el sexo femenino, la escolaridad primaria y los pacientes casados resultaron ser factores de riesgo para el consumo crónico de benzodiazepinas. Se concluyó además que el principal motivo para la prescripción de las mismas fue la ansiedad y que el tipo más empleado fue el clorodiazepóxido (5).

El tratamiento tiene como primer paso la desintoxicación en:

- Pacientes que han seguido mantenimiento a dosis terapéuticas durante largos períodos de tiempo. La desintoxicación suele realizarse utilizando la misma benzodiazepinas que el paciente está tomando. El cambio de una benzodiazepina de vida media corta a una de vida media larga no es necesario si el programa de disminución de dosis es suficientemente largo. Si hay dificultades en seguir disminuyendo la misma benzodiazepina, entonces puede sustituirse por otra de vida media larga. En general la dosis debe disminuirse de la siguiente forma, el primer 50% de forma relativamente rápida, el siguiente 25% de forma más lenta y el último 25% de forma muy lenta. Esta pauta debe ajustarse de forma individual (2).
  
- Pacientes que toman dosis supraterapéuticas. Habitualmente se sustituye la dosis de la benzodiazepina de abuso por dosis equivalentes de una benzodiazepina de vida media larga (diazepam es la más utilizada) administrada en dosis fraccionadas durante el primer día. Posteriormente el segundo día la dosis total administrada se disminuye en un 30% y posteriormente un 5% en los siguientes días. Si durante la

disminución de dosis aparece sudoración, temblor o aumento de los signos vitales, deberá disminuirse de manera más lenta (2).

- Pacientes politoxicómanos que entre otras drogas toman también benzodiacepinas.

También se han utilizado otros fármacos no benzodiacepínicos para tratar el síndrome de abstinencia con resultados variables en cuanto a eficacia. Entre estos fármacos destacan: buspirona, carbamazepina, clonidina, imipramina, luminal, propranolol (2).

Otra opción es la terapia psicológica:

Se han descrito varias técnicas que facilitan que el individuo pueda reducir sus niveles de ansiedad utilizando sus propios recursos y que son especialmente interesantes en el caso de dependencia de benzodiacepinas. Estas técnicas incluyen la relajación muscular progresiva, la meditación, el entrenamiento autógeno y la relajación inducida hipnóticamente (2).

La prescripción correcta es la mejor forma de prevenir la dependencia.

La asociación médica americana para la prescripción de benzodiacepinas propone un decálogo útil para su administración. Es importante saber que ningún paciente debe recibir un tratamiento con estos fármacos sin un diagnóstico previo y un plan terapéutico a seguir. Además de tener en cuenta los siguientes aspectos.

- Deben usarse sólo si la indicación clínica está justificada y no existe otra posibilidad de tratamiento con menor riesgo.

- Si el caso es muy grave, habrá que explicarle al paciente los beneficios, los efectos adversos, el tiempo de prescripción, la dosis, el manejo e indicarle una siguiente visita para comprobar su efecto. A la segunda semana del consumo debe existir una mejoría; si no lo hay, habrá que suspenderla y replantearse el diagnóstico y el tratamiento.



- Se deben utilizar en períodos cortos y a la dosis mínima efectiva para esa patología. En los cuadros más duraderos, como la ansiedad crónica, sólo se utilizarán en los períodos de crisis y con carácter intermitente.
- Se desaconseja su prescripción para el insomnio por estrés, cambio de hemisferio, etc. En el insomnio situacional, como por ejemplo en el duelo, si se aconseja un hipnótico debe ser por tiempo limitado.
- Si se prevé la utilización de benzodiacepina por un largo período, se intentará prescribir una de vida media larga para evitar los cuadros de rebote.
- Se recomienda no prescribirlas en pacientes con antecedentes de abuso de drogas, alcohol u otro tipo de fármacos. Es importante tenerlo en cuenta porque un 10-15% de los pacientes que refieren insomnio crónico abusan de alguna sustancia.
- Se debe vigilar regularmente su efectividad. El desarrollo de tolerancia es uno de los factores más importantes en la dependencia (9).

Los datos en atención primaria indican que en el 5% de las consultas que atiende un médico de familia se prescribe una benzodiacepina. <sup>(16)</sup>.

Los trastornos psiquiátricos, las enfermedades médicas y el abuso o dependencia deben ser identificados independientemente y tratados en forma diferencial, para evitar la repetición y prolongación de las hospitalizaciones. Ambos aspectos deben ser considerados en el diagnóstico diferencial y en una planificación de tratamiento (14).

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La indicación terapéutica de las benzodiazepinas en relación a sus efectos ansiolíticos (a dosis bajas) y sedantes e hipnóticos a altas dosis es en padecimientos como sedación, hipnosis, disminución de ansiedad, relajación muscular, amnesia retrograda y actividad anticonvulsiva (5).

Se ha estimado que entre el 10 y 20% de los adultos occidentales consumen benzodiazepinas en algún momento en un año y de estos 1-3% lo hacen crónicamente. Desarrollando dependencia entre 5 – 35% de estos últimos con repercusiones serias en diferentes aspectos de su vida, además de aumento en los costos por adquisición de medicamento para la unidad de salud que abastece periódicamente al usuario (2).

Las adicciones a benzodiazepinas es un problema importante en la sociedad, por sus implicaciones en el bienestar del paciente como en el ambiente en el cual se desarrolla. Dependiendo del uso que le de tanto el medico como el paciente, pueden resultar potencialmente adictivas (5).

Comúnmente se utilizan en tratamiento de patologías psiquiátricas como ansiedad, depresión; neurológicos como crisis convulsivas; y también como auxiliares en trastornos del sueño (5).

Estos medicamentos tienen establecido un tiempo máximo de duración de tratamiento considerado en relación a su vida media de entre 4 semanas a seis meses (6).

En relación a lo anterior se ha encontrado que dentro de los factores más importantes para adicción, se encuentran: la ingesta de dosis mayores a las establecidas y también los tratamientos que superan los tiempos recomendados. Entre otros que no son considerados para este estudio por ser de menor trascendencia (9).

En la Unidad de Medicina Familiar Numero 21 la prescripción de benzodiazepinas es frecuente por lo que resulta de interés investigar si existe o no dependencia en los pacientes con ingesta de este medicamento.

Es importante investigar que tanto, la prescripción de benzodiazepinas se encuentra fundamentada, ya que su uso terapéutico se ha estudiado de manera tal que no todos los padecimientos requieren su indicación de manera prolongada.

## **PREGUNTA DE INVESTIGACION:**

De lo anterior me surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la frecuencia de pacientes con consumo de benzodiazepinas que han desarrollado dependencia psicológica?

## **OBJETIVOS:**

### **OBJETIVO GENERAL:**

Identificar el grado de dependencia psicológica a benzodiazepinas en pacientes con ingesta de estos medicamentos por más de 6 meses.

### **OBJETIVOS ESPECIFICOS:**

Determinar cual benzodiazepina se asocia con mayor frecuencia al desarrollo de dependencia.

Conocer cual de las benzodiazepinas con las que cuenta la unidad se prescribe con mayor frecuencia.

Identificar el padecimiento por el cual se prescriben benzodiazepinas con mayor frecuencia.

Identificar si el sexo tiene relación con el grado de dependencia.

Conocer en que grupo de edad es mas frecuente la dependencia.

Determinar en que grupo de escolaridad se presenta mayor grado de dependencia.

Identificar la especialidad del medico que prescribe con mayor frecuencia benzodiazepinas.

## MATERIAL Y METODOS:

### Diseño metodológico

Se trató de un estudio observacional, transversal, descriptivo.

### Población:

Pacientes de ambos sexos con consumo de clonazepam o diazepam por más de 6 meses en la Unidad de Medicina Familiar Numero 21.

### Selección de la muestra:

**Muestra:** Se determinó en base al total de población de la Unidad de Medicina Familiar Numero 21 con ingesta de benzodiazepinas. Siendo esta de 908 pacientes.

### Cálculo del tamaño de la muestra:

La muestra la constituyeron un total de  $n$  = pacientes. Se obtuvo mediante la determinación del total de pacientes que consumen benzodiazepinas en la UMF 21.

$$n: \frac{N Z^2 (p) (q)}{d^2 (N-1) + Z^2 p q}$$

dónde:

$n$ : muestra

$N$ : Población total (características antes mencionadas).

$Z$ : % de la desviación estándar.

$p$ : % de pacientes que presentan dependencia.

$q$ : Complemento de  $p$ , que no presentan ansiedad y depresión.

$d$ : Valor del rango establecido, en 0.1 como promedio.

\* Sustituyendo los valores obtenemos lo siguiente:

$$n: \frac{908 * 1.96^2 (0.5) (0.5)}{0.1^2 (908-1) + 1.96^2 * 0.5 * 0.5} = 87.$$

### **Determinación del tamaño de la muestra**

La muestra fue de 87

### **CRITERIOS DE SELECCIÓN:**

#### **Criterios de e inclusión:**

- Genero masculino y femenino.
- Con prescripción de benzodiazepinas.
- Con tiempo de ingesta mayor a 6 meses.
- Adscritos a la UMF 21 del IMSS.
- Cualquier turno.

#### **Criterios de no inclusión:**

- Pacientes que no acepten participar en el estudio.
- Analfabetas.

#### **Criterios de eliminación:**

- Que se nieguen a contestar el instrumento de evaluación.
- Que lo contesten menor al 90%

## DEFINICION DE LAS VARIABLES:

### OPERACIONALIZACION DE VARIABLES:

	<b>Tipo de variable</b>			<b>Escala de medición</b>
<b>DEPENDENCIA A BENZODIACEPINAS</b>	Dependiente	Cuanlitativa	Nominal	Si , No
<b>ADULTOS CON CONSUMO DE BENZODIACEPINAS</b>	Independiente	Cualitativa	Nominal	Numero

### DEFINICIONES CONCEPTUALES.

DEPENDENCIA: Aquella situación en la que un sujeto necesita recurrir a la sustancia con regularidad para superar aquellos obstáculos que se le imponen en la vida diaria (8).

PACIENTE CON CONSUMO DE BENZODIACEPINAS: Ser humano que utiliza sustancias hipnóticas o sedativas con el fin de satisfacer alguna de sus necesidades.

### DEFINICIONES OPERACIONALES:

DEPENDENCIA: Contar con puntuación que lo clasifique en este rango según los resultados del instrumento de evaluación (Escala de Severidad de la Dependencia) El cual se incluye en los anexos.

PACIENTE CON CONSUMO DE BENZODIACEPINAS: Ser humano que utiliza sustancias hipnóticas o sedativas con el fin de satisfacer alguna de sus necesidades.



## **AMBITO GEOGRAFICO**

Se llevó acabo en la UMF 21 del IMSS ubicado en Francisco del paso y Troncoso número 281. Col. Jardín Balbuena. Código postal 15900, Delegación Venustiano Carranza, México D.F.

## **PERIODO DE ESTUDIO:**

El estudio se realizó en el periodo comprendido de septiembre del 2007 a octubre del 2008

## **Financiamiento**

Recursos materiales:

- Papel para encuestas.
- Lápices.
- Computadora para realizar el análisis y acceso a expedientes.

Recursos humanos:

- Un médico

## **ASPECTOS ETICOS:**

En esta investigación no se pone en peligro la vida, no se producen lesiones al ser humano, no existen intervenciones médicas invasivas, diagnosticas o terapéuticas, (no se toman muestras) sin embargo se trata de un estudio que implica un riesgo más que mínimo para el paciente ya que implica el uso de información sensible para el este, por lo que definitivamente requiere un consentimiento informado por escrito, el cual se anexará a la encuesta y solo se realizaran preguntas a través de los instrumentos ya señalados.

La información recolectada se mantendrá estrictamente anónima, ya que solamente será conocida por los investigadores participantes.

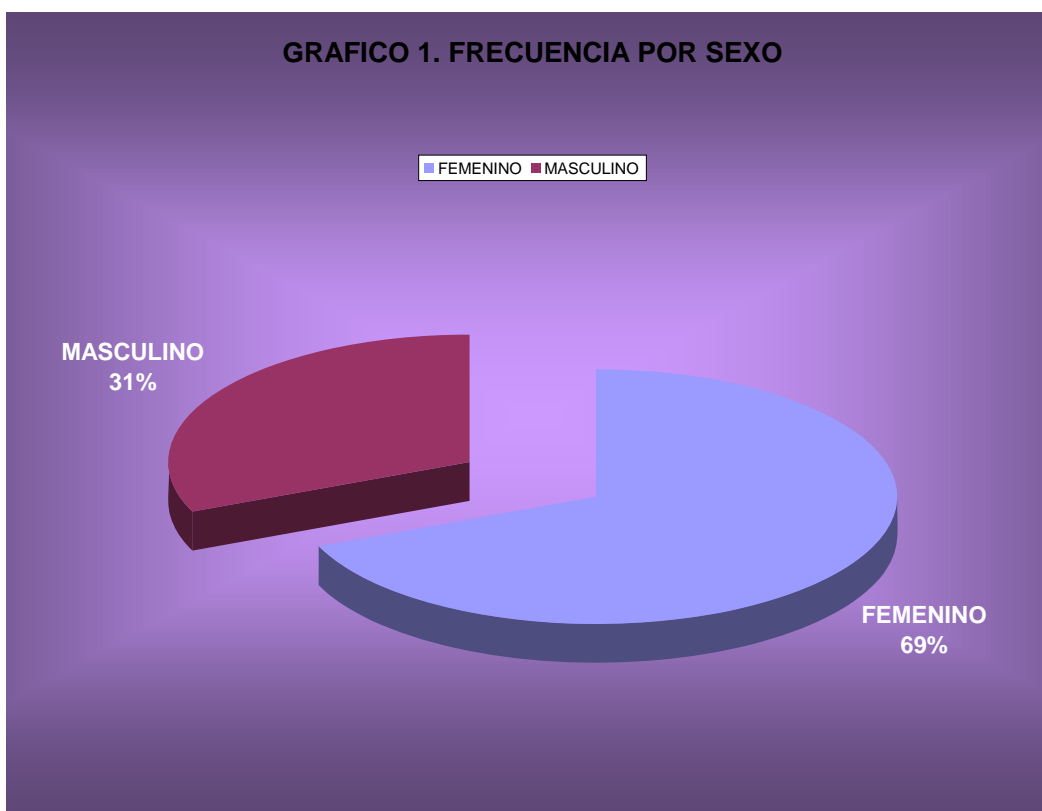
## **DESCRIPCIÓN DE LA METODOLOGÍA:**

Se realizó el diseño del protocolo de estudio descriptivo, para el cual se accedió a medio electrónico con el fin de obtener la bibliografía útil para la realización de los antecedentes que sirvieron como base del estudio. Además se consultaron libros de farmacología y psiquiatría para complementar la búsqueda. Posteriormente se obtuvo de la farmacia de la Unidad de Medicina Familiar número 21 la cantidad de recetas expedidas por alguna de las benzodiazepinas existentes en la unidad, durante los últimos 6 meses y se clasificaron por paciente para así conocer la población del estudio y el tiempo de consumo suficiente para cumplir con los criterios de inclusión, se utilizó como complemento el expediente electrónico en algunos casos. Una vez seleccionado el tamaño de la muestra se captó a los pacientes al azar durante su consulta mensual en la unidad; para, de esta forma, llevar a cabo la aplicación de los criterios de la Escala de Severidad de Dependencia y determinar de esta manera quienes cuentan con esta entidad y su grado.

### **PLAN DE ANALISIS ESTADISTICO:**

Los datos obtenidos en la aplicación de encuestas se analizaron de manera descriptiva con promedios, moda, mediana en el caso de las variables cuantitativas. Se usaron medidas de frecuencia como es el caso de proporciones y razones en el caso de las variables cualitativas, para obtener los datos de interés.

## RESULTADOS



Fuente: Juárez G. A. Dependencia psicológica a las Benzodiazepinas en pacientes de la Unidad de Medicina Familiar Número 21. 2008.

De la población estudiada podemos observar que la mayor parte correspondió al sexo femenino con el 69% y el restante 31% correspondió al sexo masculino (grafico 1).

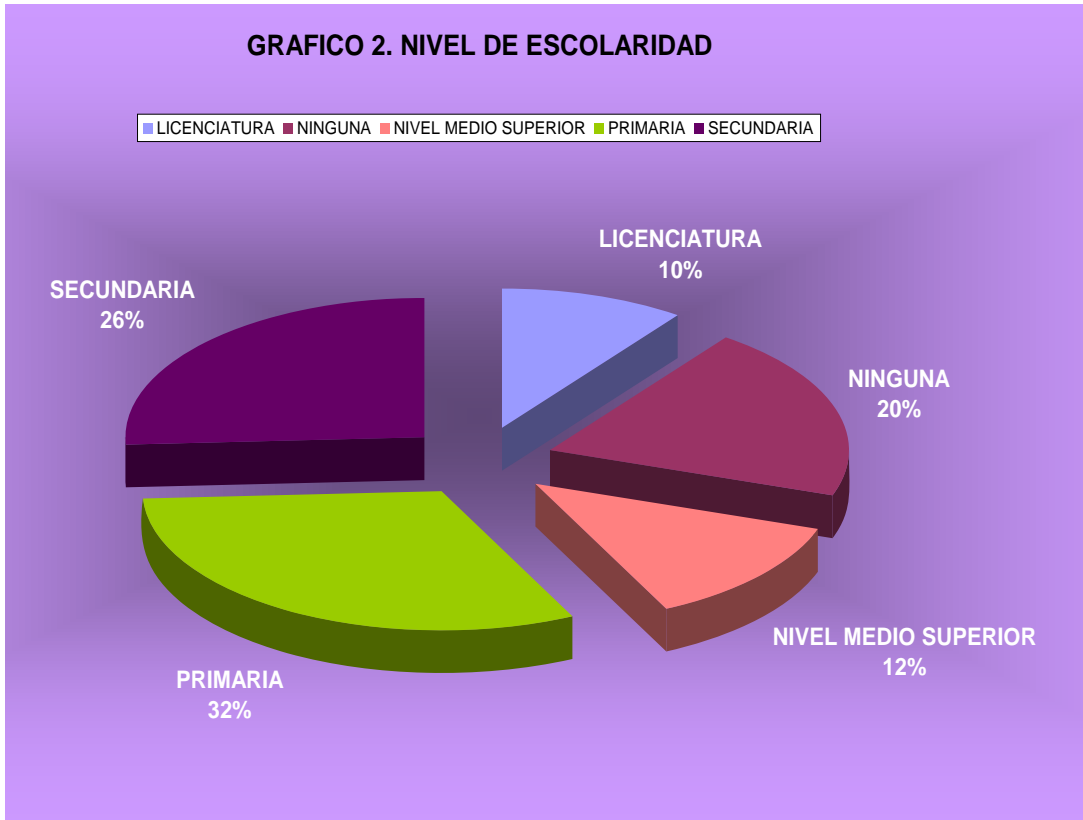
**Tabla 1. Comparativo por sexo en cifras totales**

Mujeres	Hombres	Total
61	28	89

Fuente: Juárez G. A. Dependencia psicológica a las Benzodiazepinas en pacientes de la Unidad de Medicina Familiar Número 21. 2008.

Razón=  $\frac{\text{Mujeres}=61}{\text{Hombres } 28} = 2$

Con una razón 2 mujeres por cada hombre que consume benzodiazepinas en la población de estudio.



Fuente: Juárez G. A. Dependencia psicológica a las Benzodiazepinas en pacientes de la Unidad de Medicina Familiar Número 21. 2008.

La mayor parte de la población de estudio cuenta con escolaridad primaria con 32%, en el segundo lugar podemos encontrar nivel secundaria con 26%, existe un 20 % de la población que no cuenta con escolaridad, siendo el nivel medio superior el cuarto lugar con 12% y nivel licenciatura la menor proporción con 10% (Grafico 2).

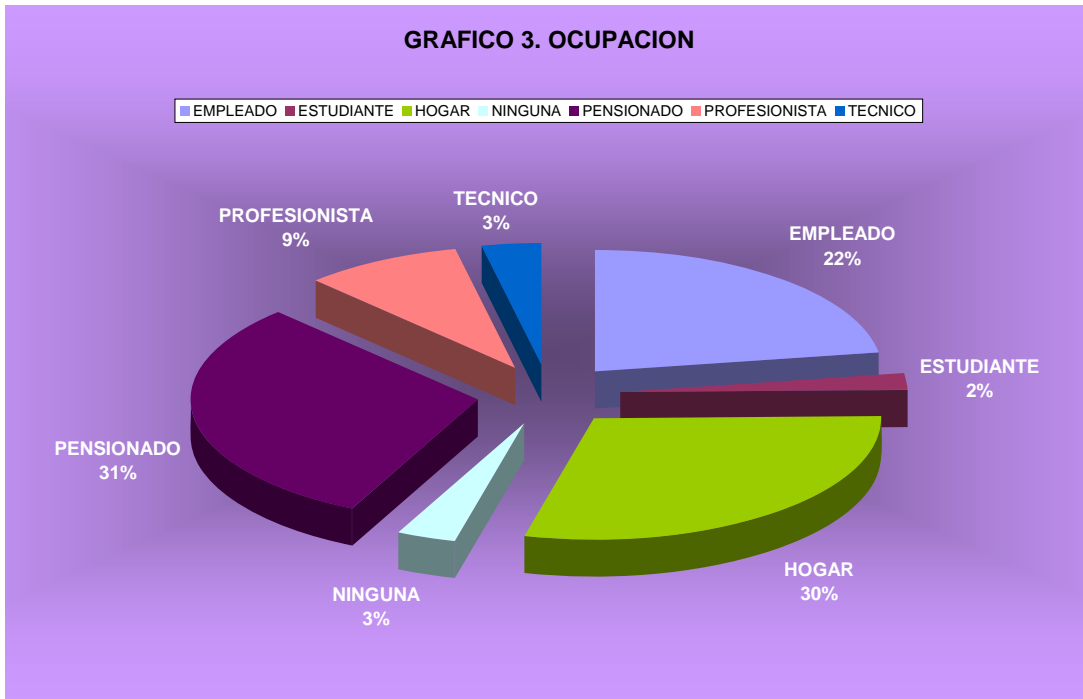
**Tabla 2 Comparación de pacientes con escolaridad y sin ella.**

Algún grado de escolaridad	Ningún grado de escolaridad	Total
71	18	89

Fuente: Juárez G. A. Dependencia psicológica a las Benzodiazepinas en pacientes de la Unidad de Medicina Familiar Número 21. 2008.

$$\text{Razón: } \frac{\text{Algún grado de escolaridad}}{\text{Ningún grado de escolaridad}} = \frac{71}{18} = 3.99$$

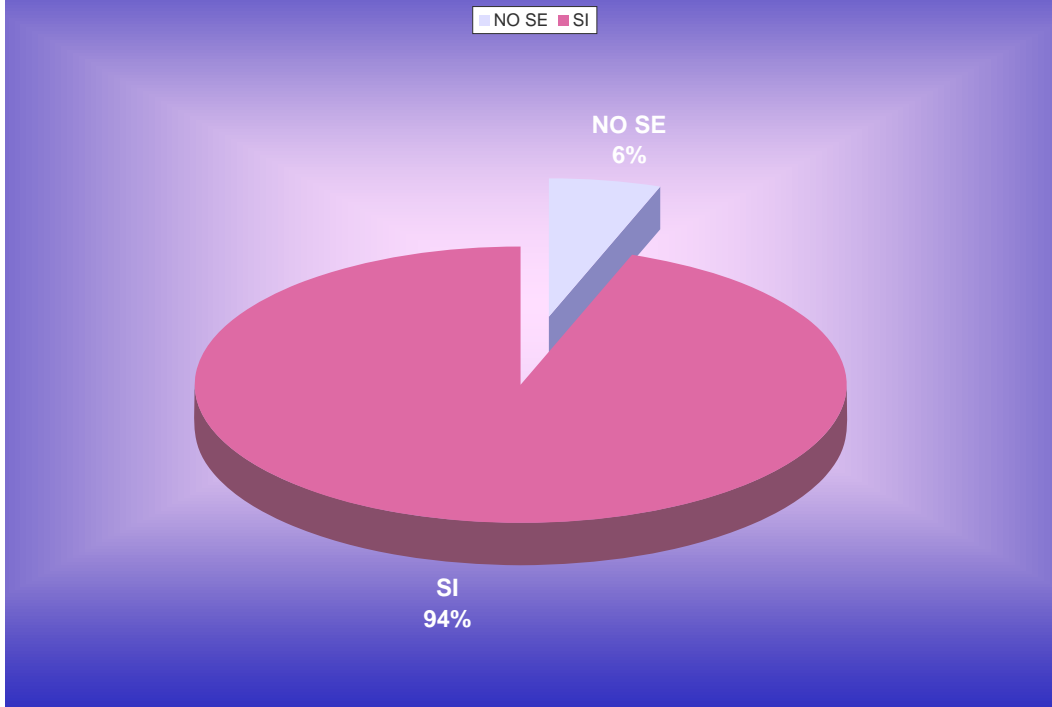
Podemos observar que por cada 4 personas que cuentan con algún grado de escolaridad existe una sin este entre los consumidores de benzodiazepinas.



Fuente: Juárez G. A. Dependencia psicológica a las Benzodiazepinas en pacientes de la Unidad de Medicina Familiar Número 21. 2008.

De la población en estudio se realizó la proporción por ocupación correspondiendo a pensionados el 31%, seguido de amas de casa con 30%, siendo estos dos grupos los predominantes. Quienes pertenecen a empleos diversos ocupan el 22%, los profesionistas en 4to lugar con el 9%, siendo la menor proporción los estudiantes con 2% de la muestra. Existe un grupo que no cuenta con algún empleo en específico conformando el 3% de la población (Grafico 3).

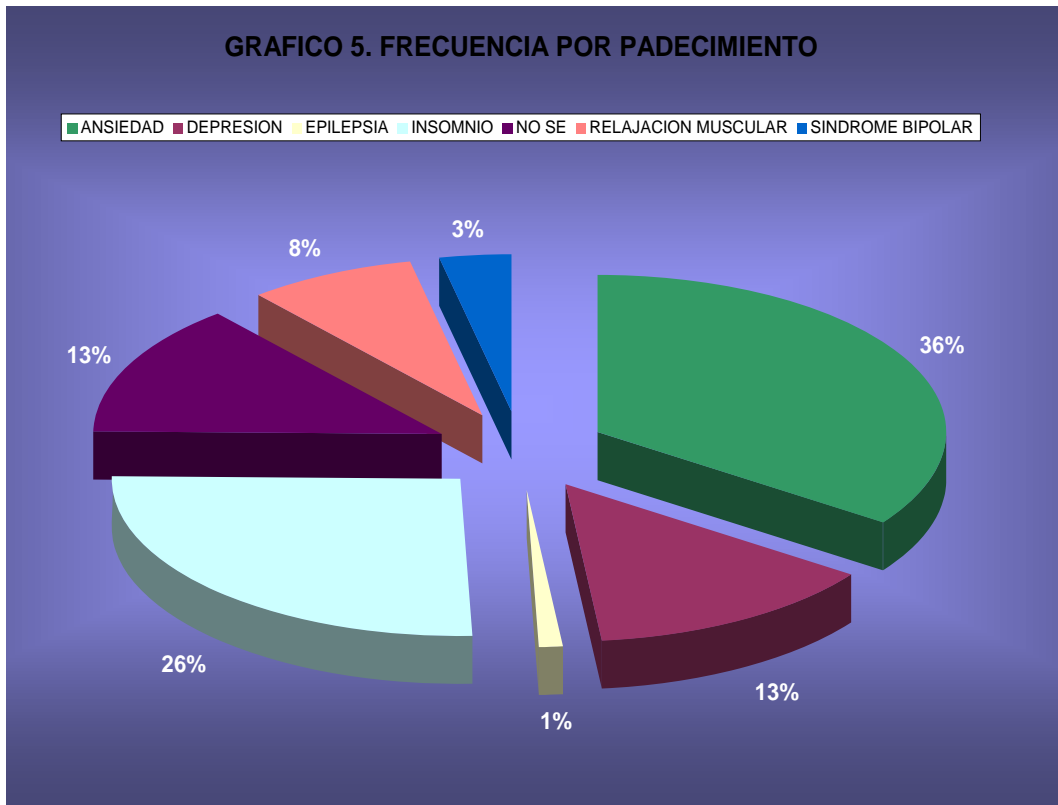
**GRAFICO 4. ¿Le recetaron el medicamento por alguna enfermedad?**



Fuente: Juárez G. A. Dependencia psicológica a las Benzodiacepinas en pacientes de la Unidad de Medicina Familiar Número 21. 2008.

Se investigó si el paciente sabía la razón por la cual se le había recetado el medicamento y el 94% de los pacientes sabía que se le recetó por alguna enfermedad, sin embargo como podremos ver en el gráfico siguiente, de este porcentaje existe un 7 % que desconoce cuál es esta enfermedad. Mientras que el 6% restante desconocían la causa de la prescripción (Gráfico 4).

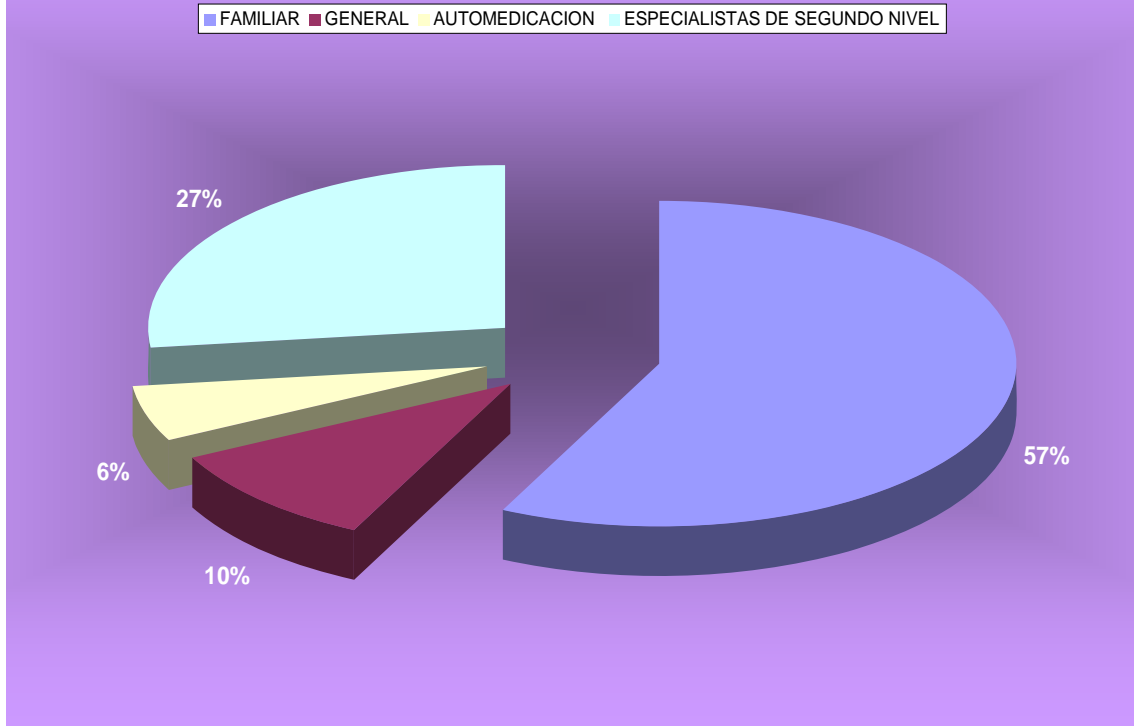




Fuente: Juárez G. A. Dependencia psicológica a las Benzodiazepinas en pacientes de la Unidad de Medicina Familiar Número 21. 2008.

El padecimiento que se presenta con mayor frecuencia como causa de prescripción en la población de estudio correspondió a trastorno de ansiedad en el 36%, el insomnio 26%, la depresión con el 13%. Los pacientes que no saben porque se les prescribe el medicamento correspondió también a un 13% cabe mencionar que en esta proporción se encuentran incluidos los que saben que lo toman por algún padecimiento pero desconocen este y los que en definitivo desconocen la causa de la prescripción.. Podemos ver que el uso como relajante muscular y en síndrome bipolar la frecuencia de la indicación es menor. (Grafico 5).

**GRAFICO 6. ESPECIALIDAD DEL MEDICO QUE PRESCRIBE EL MEDICAMENTO**



Fuente: Juárez G. A. Dependencia psicológica a las Benzodiazepinas en pacientes de la Unidad de Medicina Familiar Número 21. 2008.

Se observó el origen de la prescripción más frecuente correspondió al médico familiar con el 57% y el 27% especialistas de segundo nivel. El médico general también participa con un menor porcentaje con la indicación al 10% de la población. La automedicación aunque ocupa la menor proporción no deja de ser importante ya que se trata del 6% (Gráfico 6)

**Tabla 3.**

Si se trató de un médico, ¿Qué médico fue?	Total
FAMILIAR	51
GENERAL	9
NO SE U OTRA PERSONA	5
OTRA ESPECIALIDAD	24
Total general	89

Fuente: Juárez G. A. Dependencia psicológica a las Benzodiazepinas en pacientes de la Unidad de Medicina Familiar Número 21. 2008.

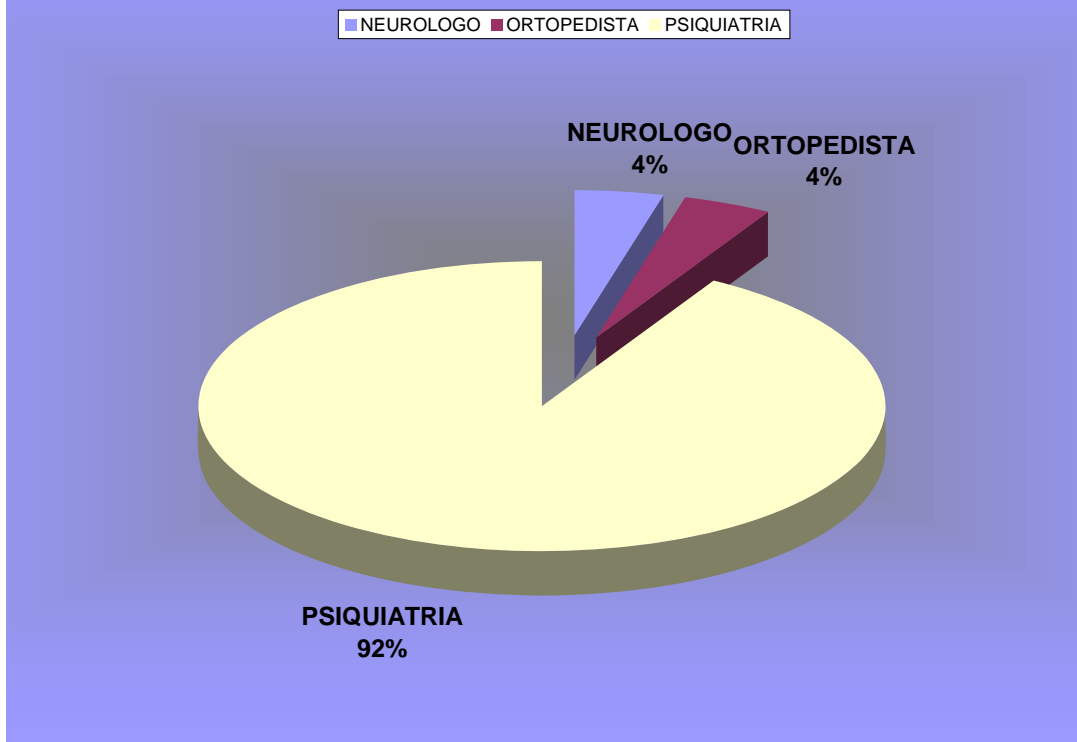
$$\text{Razón} = \frac{\text{Medico familiar}}{\text{Otra especialidad}} = \frac{51}{24} = 2.12$$

Podemos observar que el medico familiar realiza 2 prescripciones por cada una realizada por otro especialista.

$$\text{Razón} = \frac{\text{Prescripción}}{\text{Automedicación}} = \frac{84}{5} = 16.8$$

Mientras que de la razón de la prescripción con automedicación es de 16:1, es decir que por cada 16 personas que ingieren benzodiazepinas prescritas por un medico una se automedica.

### GRAFICO 7. FRECUENCIA POR ESPECIALIDAD DE SEGUNDO NIVEL



Fuente: Juárez G. A. Dependencia psicológica a las Benzodicepinas en pacientes de la Unidad de Medicina Familiar Número 21. 2008.

De los especialistas de segundo nivel que prescribieron benzodicepinas en la población de este estudio se observó que Psiquiatría corresponde al 92% con la mayor proporción; y el neurólogo y ortopedista se encuentran en segundo lugar con 4% de la muestra cada uno (Grafico 7).

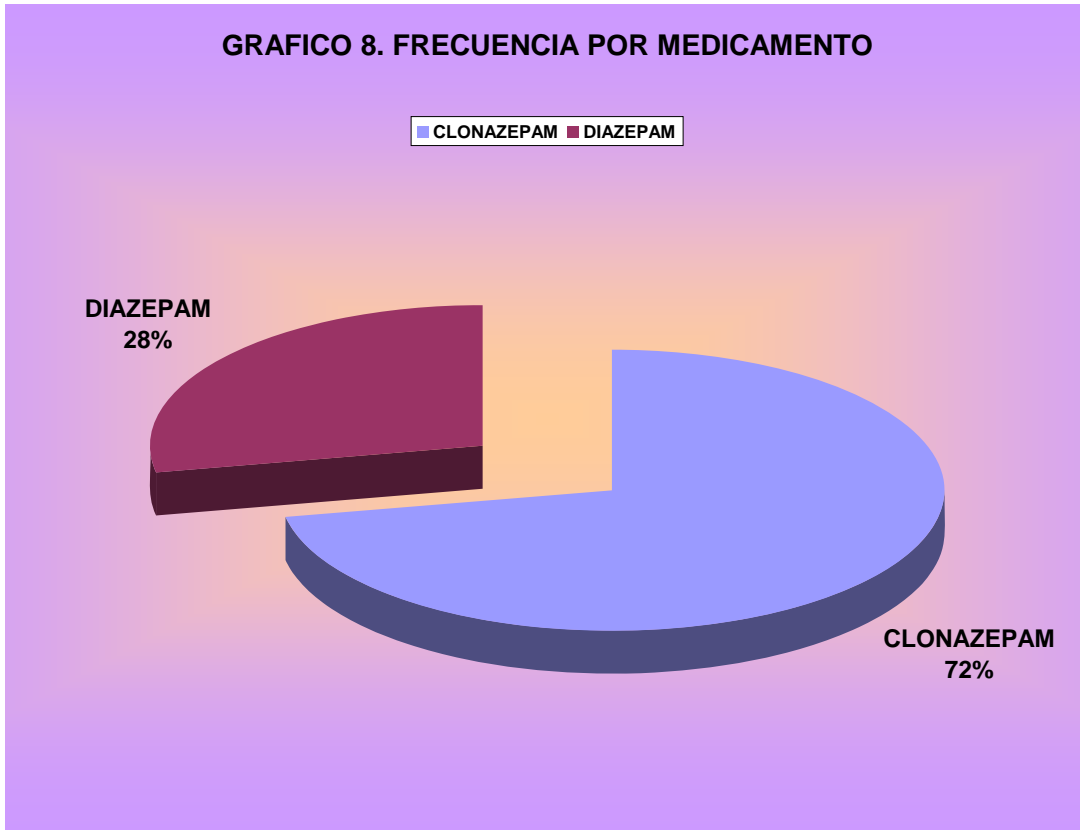
**Tabla 4 Comparación de prescripción entre el medico familiar y el psiquiatra**

Medico familiar	Psiquiatra
51	22

Fuente: Juárez G. A. Dependencia psicológica a las Benzodicepinas en pacientes de la Unidad de Medicina Familiar Número 21. 2008.

$$\text{Razón} = \frac{\text{Medico familiar}}{\text{Psiquiatra}} = \frac{51}{22} = 2.31$$

Podemos observar que el medico familiar realiza 2 prescripciones por cada una realizada por el psiquiatra.



Fuente: Juárez G. A. Dependencia psicológica a las Benzodiazepinas en pacientes de la Unidad de Medicina Familiar Número 21. 2008.

De la población en estudio el medicamento que se prescribió con mas frecuencia de las dos benzodiazepinas con las que cuenta la unidad en el cuadro básico fue el clonazepam con 72% y diazepam solo 28% (Grafico 8).

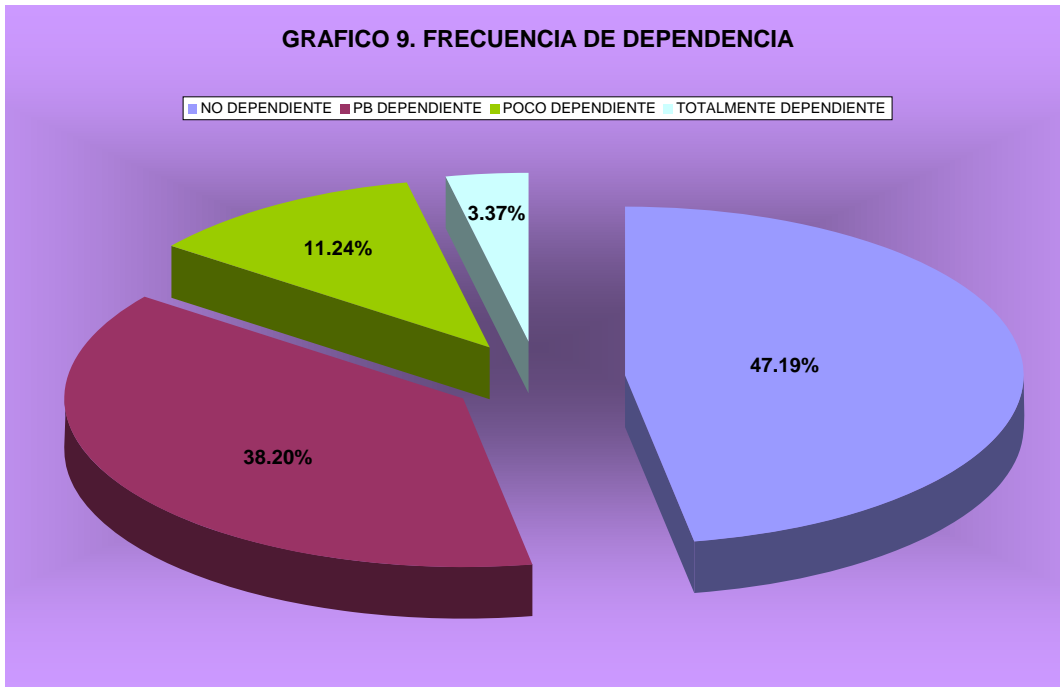
**Tabla 5.**

<b>Cuenta de Medicamento</b>	
Medicamento	Total
CLONAZEPAM	64
DIAZEPAM	25
Total general	89

Fuente: Juárez G. A. Dependencia psicológica a las Benzodiazepinas en pacientes de la Unidad de Medicina Familiar Número 21. 2008.

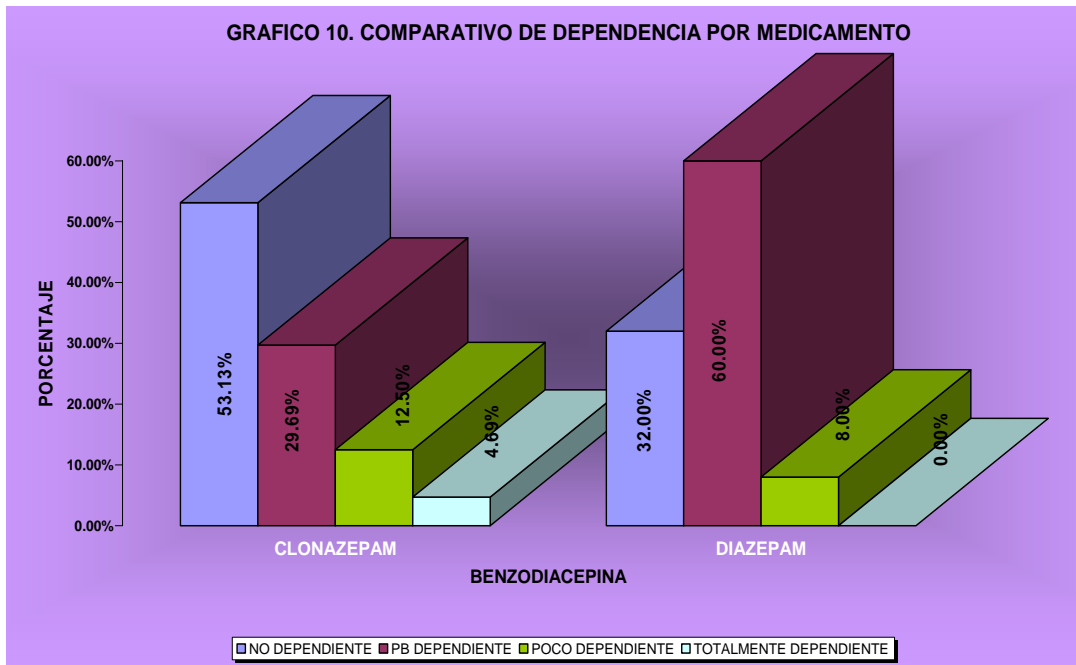
$$\text{Razón} = \frac{\text{clonazepam}}{\text{Diazepam}} = \frac{64}{25} = 2.56$$

Podemos observar que por cada paciente que ingiere diazepam se encuentran 2 con consumo de clonazepam



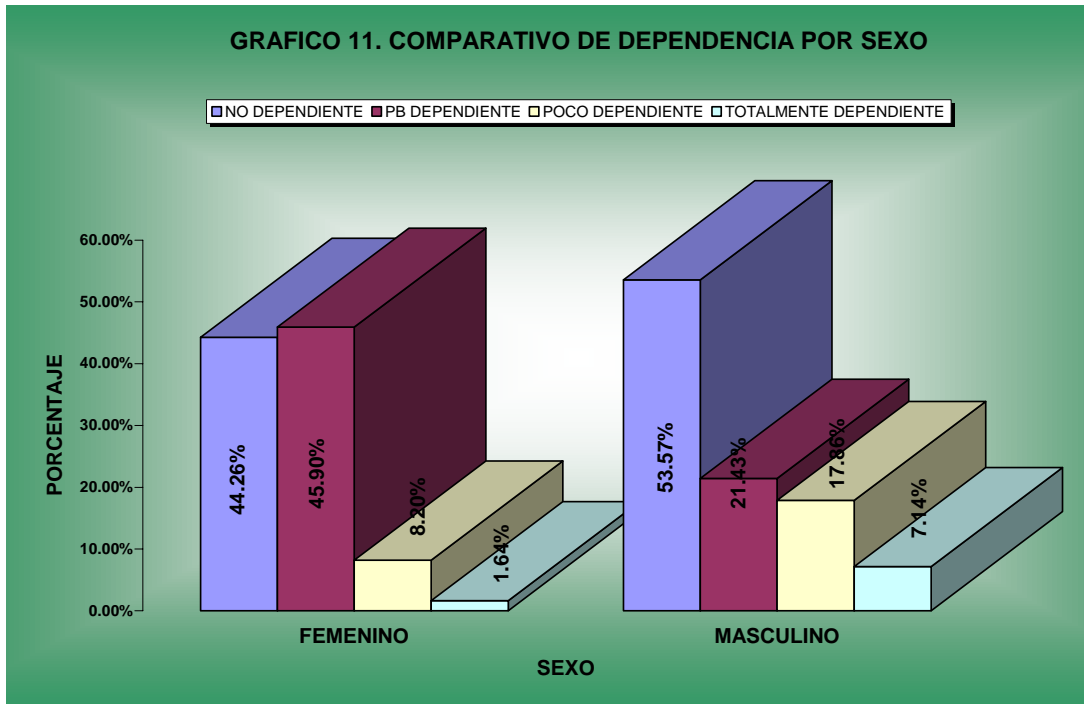
Fuente: Juárez G. A. Dependencia psicológica a las Benzodicepinas en pacientes de la Unidad de Medicina Familiar Número 21. 2008.

En este gráfico se representa los resultados del grado de dependencia que se presentó en la población en estudio, reportando 47.19% de la muestra como no dependiente, 38.2% se reporta como probablemente dependiente, Se encontró el 14.61% con algún grado de dependencia, distribuido de la siguiente manera: poco dependiente 11.24% y totalmente dependiente 3.37% (Grafico 9).



Fuente: Juárez G. A. Dependencia psicológica a las Benzodiacepinas en pacientes de la Unidad de Medicina Familiar Número 21. 2008.

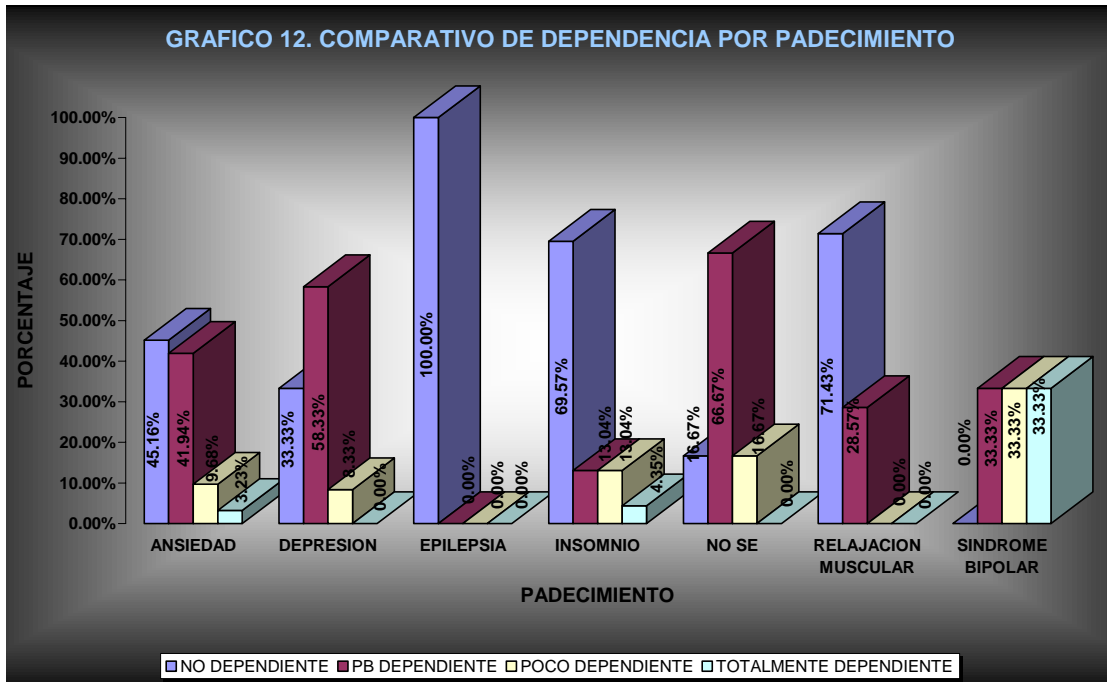
El mayor grado de dependencia se encuentra en los consumidores de clonazepam con 17.19%, siendo el 12.5% poco dependientes, y totalmente dependientes el 4.69%. En cuanto a la proporción de no dependientes se encuentra predominio en los consumidores de clonazepam, mientras que en los consumidores de diazepam observamos predominio de probablemente no dependiente con el 60% (Grafico 10).



Fuente: Juárez G. A. Dependencia psicológica a las Benzodiacepinas en pacientes de la Unidad de Medicina Familiar Número 21. 2008.

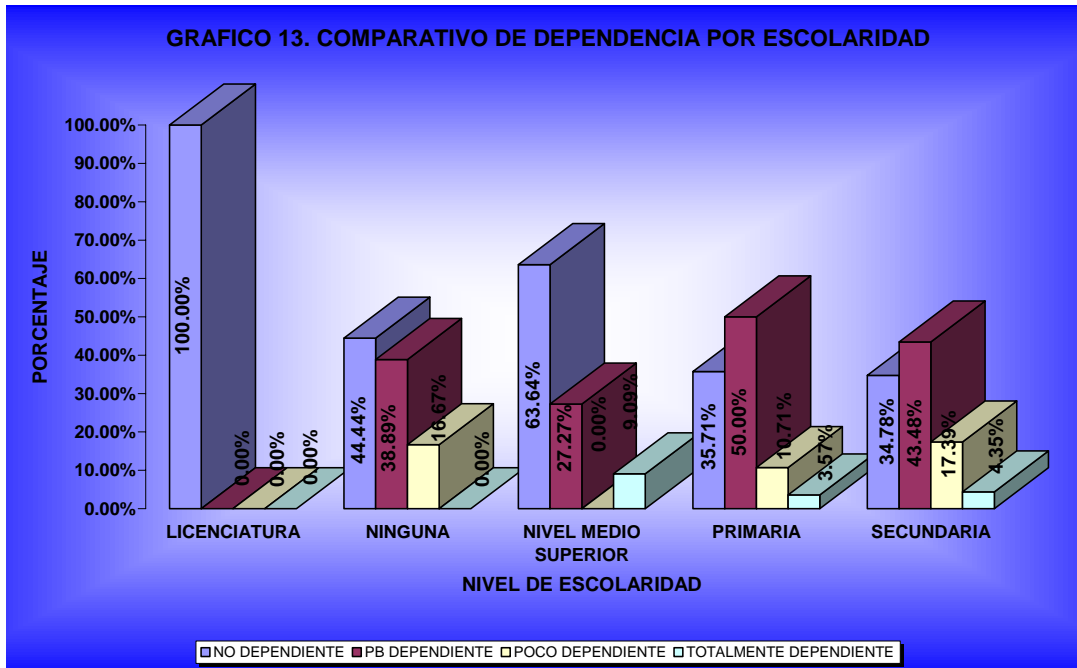
En cuanto a dependencia por sexo podemos observar que la mayor proporción de dependencia se encontró en el sexo masculino, al igual que el grupo de no dependientes. Predominando en el sexo femenino el grupo de probablemente dependiente (Grafico II).





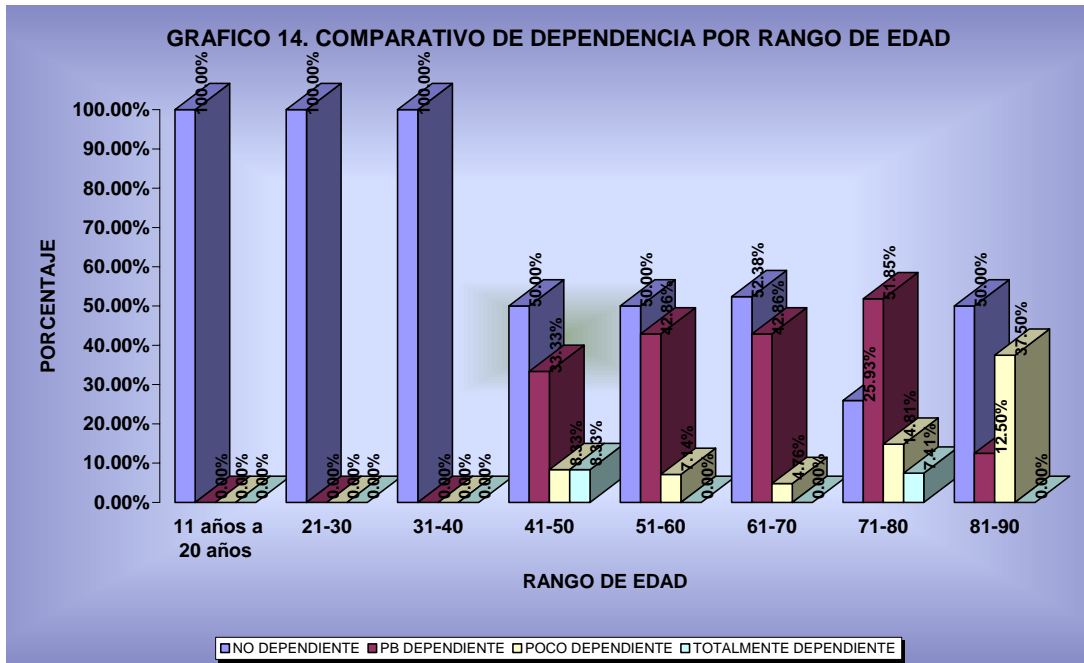
Fuente: Juárez G. A. Dependencia psicológica a las Benzodiacepinas en pacientes de la Unidad de Medicina Familiar Número 21. 2008.

Podemos observar que los padecimientos con mayor proporción de dependencia son: el síndrome bipolar con 66.66%, insomnio 17.39%, los pacientes que desconocen el motivo de la toma de su medicamento han desarrollado dependencia leve en un 16.67%, trastorno de ansiedad se encuentra en cuarto lugar con 12.91%. Los padecimientos en los cuales los pacientes no desarrollaron de pendencia son epilepsia y padecimientos musculares (Grafico 12).



Fuente: Juárez G. A. Dependencia psicológica a las Benzodiazepinas en pacientes de la Unidad de Medicina Familiar Número 21. 2008.

Se observa que los pacientes con nivel medio superior desarrollaron dependencia en 9.09%, el nivel secundaria con 4.35% y por último primaria con 3.57%. Encontramos que los pacientes con nivel licenciatura no desarrollaron ningún grado de dependencia (Grafico 13).



Fuente: Juárez G. A. Dependencia psicológica a las Benzodicepinas en pacientes de la Unidad de Medicina Familiar Número 21. 2008.

Podemos observar el mayor índice de dependencia es por arriba de los 71 años, con un 22.2% en el grupo de 71-80 años, y 27.6% en el grupo de edad de 81-90, solo que la proporción de dependencia total es mayor en el primer grupo. Podemos observar que en los grupos entre 11-40 años no se desarrollo ningún grado de dependencia. En el grupo de 41-50 años se encontró el mismo porcentaje de “poca dependencia y dependencia total” con un 8.33% cada uno (Gráfico 14).

## DISCUSION:

En el presente estudio se ofrecen datos importantes en relación a las características de la población consumidora de benzodiazepinas de la Unidad de Medicina Familiar Número 21.

Vale la pena considerar que de la población en estudio se tomo en cuenta la proporción por género apreciando que el mayor porcentaje de consumo se encuentra en el sexo femenino, lo cual coincide con lo reportado en la literatura en donde se muestra como mayores consumidoras a las mujeres en edad adulta (15). Lo que es atribuible a factores socioculturales, además son las mujeres quienes acuden con mayor frecuencia a consulta en la población que estudiamos, otro factor podría ser la modificación hormonal, ya que la mayor parte de ellas se encuentra en etapa posmenopáusica.

Referente a la escolaridad, la mayor proporción contaba con nivel primaria, lo que coincide con lo estudiado anteriormente, en donde se menciona que a menor grado de escolaridad el consumo prolongado de benzodiazepinas es mayor.

Otro aspecto que contemplamos fue la ocupación de la población que se estudio y de este, el mayor porcentaje lo representaron los pensionados y amas de casa, aunque la ocupación no aparece como factor de riesgo principal para consumo prolongado en la literatura, en nuestro estudio si fue importante, debido a que los grados de dependencia mayores correspondieron a esta población. Podemos observar que la menor frecuencia de consumo en este grupo se encuentran los estudiantes y personas con ocupaciones técnicas.

El conocimiento del paciente sobre la causa de la prescripción de benzodiazepinas, se consideró como un factor importante, por lo que al investigar si este conocía o no la razón por la cual se le indicó dicho medicamento, se obtuvieron datos interesantes: el 6 % desconocía la razón, sin embargo estuvieron en el grupo que desarrollaron dependencia, el resto sabía que se le prescribió el medicamento por algún padecimiento.

Fue importante investigar quien realizó la prescripción del medicamento la primera vez, de lo cual se obtuvieron importantes datos, ya que el 57% de prescripción la realiza el médico familiar y los especialistas de segundo nivel con 27% de prescripción siendo el psiquiatra el principal. Si tomamos en cuenta, como se muestra en los resultados, que la mayor parte de estos pacientes cuentan con padecimiento psiquiátrico como es el caso de ansiedad y depresión se justificaría una mayor prescripción por el especialista de segundo nivel como es el caso del psiquiatría. Sin embargo es de llamar la atención la prescripción tan elevada que genera el médico familiar lo cual habitualmente no se encuentra fundamentada en cuanto al uso terapéutico que reporta la literatura.

Algo que llamó la atención por sus implicaciones es que existe un 6% de pacientes de esta muestra que se automedicaron y no se establece la relación del porque el médico familiar lo continua prescribiendo.

Solo se tomaron en cuenta clonazepam y diazepam por ser las únicas que se prescriben en esta población y de estas dos la más frecuente fue el clonazepam siendo también el que mayor dependencia provoca, lo cual probablemente es debido a las características de cada uno, ya que en relación a diazepam, este tiene una vida media de eliminación larga y por lo tanto efectos que duran hasta por 2 semanas y clonazepam se reporta en la literatura como un medicamento mejor tolerado por el paciente con menores efectos adversos, lo cual explicaría la preferencia de su prescripción. Sin embargo esta en el grupo de vida media intermedia a corta, reportándose en la literatura que a menor tiempo de vida media de eliminación es mayor el riesgo de dependencia, esta podría ser la causa del resultado obtenido.

En cuanto a los resultados obtenidos se encontró una frecuencia de dependencia de de 14.61% de la muestra total, dividida en 2 grados según el instrumento utilizado; poco dependiente que correspondió a un 11.24% y el resto a totalmente dependientes. Cabe mencionar que todos los sujetos estudiados contaban con un consumo mayor a 6 meses. En la literatura

revisada se reporta que el 10 a 20% de la población adulta occidental consume estos medicamentos y de estos 1-3% los consume de manera prolongada, desarrollando dependencia un 5-35% de estos últimos, correspondiendo de esta manera con los resultados del presente estudio, ya que la frecuencia de dependencia se encuentra dentro del rango reportado, llama la atención que como uno de los principales factores de dependencia se reporta el consumo prolongado, aunque no todos los pacientes con consumo prolongado desarrollan dependencia. Esto se puede explicar por la coexistencia de otros factores personales en el paciente que pudiesen influir como protectores o de incremento de riesgo, como es el caso de la comorbilidad del consumo con otros padecimientos, de los cuales los más referidos son los psiquiátricos. Aunque pudiese ser una debilidad de este estudio el no haber investigado si los pacientes que presentaron dependencia consumían medicamentos que incrementaran la vida media de las benzodiacepinas o bien que presentaran padecimientos crónicos que influyen en la farmacocinética. Otro factor son los rasgos de la personalidad (baja tolerancia al dolor, a la frustración, con pobre capacidad de autocontrol, etc.); el estado psicopatológico (ansiedad, somatización, depresión, etc.); la hipersensibilidad de su sistema nervioso autónomo. También influye la vida media de la sustancia utilizada que a menor vida media de eliminación mayor grado de dependencia. La dosis es un factor importante que influye, sin embargo en este estudio no se investigó sobre este punto por lo que sería importante contemplar posteriormente dichos aspectos.

En cuanto al medicamento que con mayor frecuencia desarrollo dependencia encontramos a clonazepam lo cual probablemente se puede atribuir a que fue el que se prescribió con mayor frecuencia, con relación a diazepam en un porcentaje mayor. Para tratar de controlar este factor de sesgo la frecuencia expresada en porcentaje se llevó a cabo dándole el 100% a los consumidores de diazepam y el 100% a los de clonazepam para poder comparar.

En cuanto a la relación de dependencia con el sexo del paciente se realizó el mismo procedimiento que en el punto anterior, lo cual elimina el sesgo debido a que las poblaciones fueron distintas. De esta manera se obtuvo que la mayor

frecuencia de dependencia correspondiera al sexo masculino, a pesar de ser la menor proporción de la población.

En cuanto al padecimiento que con mayor frecuencia desarrolló dependencia total tenemos como primer lugar al síndrome bipolar, esto se explica a que son pacientes que no pueden suspender el medicamento por riesgo a descompensación. Y en segundo lugar ansiedad e insomnio en donde las características de personalidad propias del paciente generan la continuidad del consumo de dicho medicamento, lo cual coincide con lo encontrado en la literatura, siendo estos padecimientos, por sus características propias los de mayor riesgo de desarrollo de dependencia.

## CONCLUSION:

En este estudio podemos concluir que la dependencia psicológica por consumo de benzodiazepinas por más de 6 meses en la Unidad de Medicina Familiar Numero 21 se encuentra con mayor frecuencia a partir de los 41 años de edad con una mayor proporción en pacientes mayores de 71 años, con una relación de mayor dependencia a mayor edad, predominando en el sexo masculino. Además quienes con mayor frecuencia la presentan en relación a su ocupación son los pacientes pensionados y amas, probablemente por la necesidad de estos de realizar alguna actividad que los lleve a liberar estados de ansiedad que puedan propiciar además insomnio.

La mayor parte de la población estudiada entra en la categoría de no dependiente, sin embargo existe una proporción importante de pacientes (38.2%) que se encuentran con un importante riesgo de desarrollarla, encontrándose en la categoría de probablemente dependiente. Un porcentaje importante de la población consumidora estudiada cuenta con dependencia en los dos grados estudiados (poco dependiente y totalmente dependiente), de estos la mayoría presentan "poca dependencia".

El clonazepam en comparación con diazepam es el que con mayor frecuencia se prescribe por sus características farmacológicas, sin embargo por estas mismas es también el que mayor grado de dependencia provoca.

Otra conclusión importante a la que llegamos es que el médico familiar indica con mayor frecuencia alguna benzodiazepina por primera vez, en un porcentaje de 57%, lo cual es superior a cualquier reporte de la literatura, y es de llamar la atención que continua la prescripción en aquellos pacientes que inician el consumo de benzodiazepinas por cuenta propia sin estudiarse fundamento suficiente en este porcentaje de prescripción.



## **SUGERENCIAS:**

Dado los efectos adversos de las benzodiazepinas, los cuales se encuentran bien estudiados, la prescripción de estas debe ser realizada con profundo conocimiento del uso terapéutico, por lo que sugerimos se capacite al médico familiar en estos aspectos; incluyendo diferentes alternativas del control de ansiedad y manejo adecuado de los trastornos del sueño con la finalidad de disminuir el uso indiscriminado de las benzodiazepinas, sin dejar de tomar en cuenta que el médico familiar tiene la capacidad, por su el conocimiento adquirido durante su formación, del uso de estos medicamentos de manera razonada y justificada.

Tomando en cuenta los resultados obtenidos en este estudio es imprescindible valorar si el padecimiento por el cual ingiere el medicamento cada paciente justifica su prescripción; además de investigar en cada paciente nuevo que se presente, ya con consumo de estos medicamentos, cual es la razón específica por la cual lo ingiere y valorar si amerita su uso, si no es así, investigar la presencia o no de dependencia para disminuir hasta retirar su uso, o derivar al servicio que lo requiera.

Además sería de importancia determinar a mayor profundidad que pacientes cuentan ya con dependencia y valorar en quienes es factible iniciar un tratamiento y poder así, disminuir riesgos en su salud.

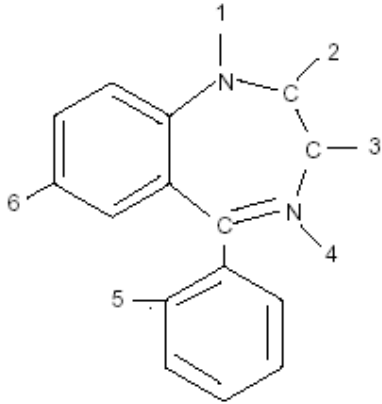
## **DIFUSION:**

Este estudio se difundirá en la sesión general de la unidad y también se intentará presentar en las unidades de primero y segundo nivel de la delegación sur.

Posteriormente se intentara presentarlo en foros de investigación y finalmente se propiciara su publicación en una revista médica indexada.

## ANEXOS

Figura 1. Estructura de benzodiazepinas.



Revista de psiquiatría.

Tabla 1

<b>Clasificación de las benzodiazepinas según su vida media</b>	
<b>Vida media</b>	<b>Nombre</b>
Larga	Clobazam Cloracepato dipotásico Clonazepam Clordiacepóxido Diazepam Flurazepam Halazepam Ketazolam Medazepam Pinazepam
Intermedia	Alprazolam Bromazepam Flunitrazepam Lorazepam Lormetazepam Nitrazepam Oxazepam Temazepam
Corta	Bentazepam Brotizolam Clotiazepam Midazolam Oxazolam
Ultracorta	Triazolam

Fármacos sedantes/hipnóticos

Tabla 2: Tiempo máximo de tratamiento según su vida media de eliminación

<b>Tiempo máximo de tratamiento según su vida media de eliminación</b>	
<b>Vida media de eliminación</b>	<b>Tiempo máximo de tratamiento</b>
Ultracorta	4 semanas
Corta e intermedia	3 meses
Larga	6 meses

Tabla 3: Criterios de dependencia a sustancias sedantes e hipnóticas según el DSM IV

<b>Criterios de dependencia a sustancias sedantes e hipnóticas según el DSM IV</b>
<p>(1) Tolerancia, definida por</p> <p style="padding-left: 40px;">(a) una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación, o el efecto deseado o,</p> <p style="padding-left: 40px;">(b) el efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado.</p> <p>(2) Abstinencia, definida como cualquiera de los siguientes items</p> <p style="padding-left: 40px;">(a) el síndrome de abstinencia característico para la sustancia o (b) se toma la misma sustancia (o un muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.</p> <p>(3) La sustancia se consume en cantidades mayores o durante un período más prolongado de lo que originalmente se pretendía.</p> <p>(4) Existe un deseo persistente o se realizan esfuerzos infructuosos por controlar o interrumpir el consumo de la sustancia.</p> <p>(5) Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia (p.ej., visitar a varios médicos o desplazarse largas distancias), en el consumo de la sustancia (p.ej., fumar un cigarrillo tras otro) o en la recuperación de sus efectos.</p> <p>(6) Reducción o abandono de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia.</p> <p>(7) Se continúa consumiendo la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes que parecen causados o exacerbados por el uso de la sustancia (p.ej., consumo de cocaína a pesar de saber que provoca depresión rebote)</p>

Nombre:  
Edad:  
Sexo:  
No. De afiliación:  
Escolaridad:  
Ocupación:

Este cuestionario le preguntará sobre su experiencia con el uso de medicamentos del tipo “tranquilizantes” como clonazepam o diazepam, para formar parte de un estudio de investigación.

Si esta usted de acuerdo en participar favor de responder las siguientes preguntas.

Instrucciones:

- En las preguntas siguientes llamaremos tranquilizantes a estos medicamentos.
- Cuando responda a las preguntas, por favor, piense en su experiencia con estos medicamentos durante el último mes.
- Señale en la casilla situada a un lado de cada pregunta la respuesta que mejor refleje su experiencia durante el último mes.

\_\_\_1. ¿Durante el último mes ha pasado por su mente que el uso de su tranquilizante se le ha salido fuera de control?

- a) Nunca o casi nunca.
- b) Algunas veces.
- c) Frecuentemente
- d) Siempre

\_\_\_2. Durante el último mes ¿La idea de no tomar una dosis lo angustia o le preocupa?

- a) Nunca o casi nunca.
- b) Algunas veces.
- c) Frecuentemente
- d) Siempre

\_\_\_3. ¿Durante el último mes usted ha presentado preocupación por su uso de tranquilizantes?

- a) Nunca o casi nunca.
- b) Algunas veces.
- c) Frecuentemente
- d) Siempre

\_\_\_4. Durante el último mes ¿Usted ha deseado poder suspender el de estos?

- a) Nunca o casi nunca.
- b) Algunas veces.
- c) Frecuentemente
- d) Siempre

\_\_\_5. ¿Qué tan difícil cree usted que le resultaría suspenderlos o vivir sin sus tranquilizantes?

- a) No sería difícil
- b) Difícil
- c) Muy difícil
- d) Imposible

6. ¿Le recetaron el medicamento por alguna enfermedad?

\_\_\_\_\_

7. ¿Por qué enfermedad le recetaron el medicamento?

\_\_\_\_\_

\_\_\_8. ¿Quién le recetó por primera vez el medicamento?

- a) un médico
- b) otra persona

\_\_\_9. Si se trató de un médico, ¿qué médico fue:

- a) general
- b) familiar

c) otro especialista      ¿De qué especialidad? \_\_\_\_\_

## BLIBLIOGRAFÍA

1. Dennis SC., John SM., Adron RH. Fármacos con acción en el sistema nervioso central: Hipnóticos y sedantes. En: Hardman J. Limbird L. Goodman A. Las Bases Farmacológicas de la Terapéutica. 10<sup>a</sup> ed. Vol. I. México: Mc Graw Hill Interamericana; 2003. p. 407-435.
2. Torrens M. Dependencia de benzodicepinas: Clínica y tratamiento. V Encuentro nacional sobre drogodependencia y su enfoque comunitario; 1998 Mar 11-13; Chiclana de la frontera, Cádiz. España: Elsevier; 1999.
3. García C.E. Uso y abuso de Benzodicepinas. Psiquiatría y atención primaria. Barcelona España. Volumen I. (número uno): pág. 16-22. Enero. 2000
4. Piola JC, Mastandrea CR,. Benzodicepinas. Guía practica para el monitoreo de fármacos y drogas de abuso. Argentina:. Ediciones Universidad Nacional del Litoral Santa Fe; 2003. p. 64-76.
5. Pérez FH., Rodríguez GY., Rodríguez JA., Acosta MT., Valdés PE., Alonso ST., et. al. Algunos factores asociados al consumo crónico de benzodicepinas en un consultorio médico. Órgano Científico Estudiantil de las Ciencias Médicas de Cuba. [online]2008 feb [citado 2008 abril 15]; Disponible en: URL: <http://www.16deabril.sld.cu/rev/224/articulo1.html>
6. Carrera AA. Indicadores epidemiológicos y psicológicos de la adicción a benzodicepinas en usuarios de programas de metadona. En: Encuentro de profesionales en drogodependencias y adicciones. Comunicaciones.- Cádiz: Secretaria de los encuentros de profesionales en drogodependencias y adicciones, Fundación de ayuda contra la drogadicción. 2005 p. 150-177. R-5815
7. Sáiz RJ. Montes RJ. Fármacos sedantes/hipnóticos. Revisiones y actualizaciones: Psiquiatría. Madrid España: Volumen 08. (Número 106): Pág. 5711- 5714. Mayo 2003.
8. Bandera RA. Toxicomanías: conceptualización. En: Gutiérrez BE., Aneiros RR., Bandera RA., Gómez GA., Aquino CJ., Rojas ZL, et. Al. Toxicomanías y adolescencia: realidades y consecuencias. La Habana Cuba: Sociedad cubana de psiquiatría; 1999. p. 9-20.

9. Calonge ME., Prieto MM., Alba RC. Dependencia a las benzodiazepinas. Hacia un uso razonable. FMC 2000; 7 (8): 512-19
10. Fármacos que producen dependencia física y/o adicción. [en línea] Latino seguridad. Grupo Corporativo Diamante; 2000 - 2003. Disponible en:  
<http://www.latinoseguridad.com/LatinoSeguridad/Drogas/Farma.shtml>
11. Psiquiatría. Diagnóstico de la Adicción. Criterios del Manual de Enfermedades y Estadísticas DSM-IV. Fundación manantiales. [online] Argentina 2007 Disponible En:  
[http://www.manantiales.org/pagina.php?id=psiquiatria%7Cdiagnostico\\_a\\_diccion](http://www.manantiales.org/pagina.php?id=psiquiatria%7Cdiagnostico_a_diccion)
12. De las Cuevas C., Sanz EJ., De la Fuente A. Padilla BJ., Juan C. The Severity of Dependence Scale (SDS) as screening test for benzodiazepine dependence: SDS validation study. Addiction: Pág. 245 – 250. 2000.
13. Baillie A. Mattick R. The Benzodiazepine Dependence Questionnaire: Development, Reliability and Validity. British Journal of Psychiatry: 169, 276 - 281. 1996
14. Seguel LM., Abuso y dependencia de sustancias psicoactivas. Boletín Esc. de Medicina, P. Universidad Católica de Chile 1994; 23: 113-118
15. Oliveros S, Hernández C, Baca E. Uso racional de las benzodiazepinas. En: Información Terapéutica. del Sistema Nacional de Salud 1997 Vol 21 Nº 5: 113- 126
16. Chocrón L Tolerancia, abuso y dependencia de las benzodiazepinas. Formación Medica Continuada 1996; 3: 454-459.